



Northwestern Medicine
Attn: Medical Records
 25 North Winfield Road
 Winfield, Illinois 60190

877-9RECORD Teléfono
 (877.973.2673)
 312-926-3093 Fax
releaseofinformation@nm.org

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA

La información médica del paciente será revelada al recibir una autorización válida. (Infórmenos en dónde recibió su tratamiento al colocar una (X) al lado de la ubicación)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Northwestern Memorial Hospital | <input type="checkbox"/> KishHealth System Physician Group |
| <input type="checkbox"/> NM Marianjoy Rehabilitation Hospital | <input type="checkbox"/> Marianjoy Medical Group |
| <input type="checkbox"/> NM LakeForest Hospital | <input type="checkbox"/> NM Kishwaukee Hospital |
| <input type="checkbox"/> NM Lake Forest Hospital - Grayslake | <input type="checkbox"/> NM KishHealth Ben Gordon Center |
| <input type="checkbox"/> NM Central DuPage Hospital | <input type="checkbox"/> NM KishHealth Cancer Center |
| <input type="checkbox"/> NM Delnor Hospital | <input type="checkbox"/> NM Cancer Center - Warrenville |
| <input type="checkbox"/> NM Valley West Hospital | <input type="checkbox"/> NM Cancer Center - Geneva |
| <input type="checkbox"/> NM Proton Center | <input type="checkbox"/> Regional Medical Group |
| <input type="checkbox"/> Northwestern Medical Group | |

Nombre del paciente	/ / Fecha de nacimiento
Dirección	() Número de teléfono
Ciudad	Estado
Código postal	

Autorizo a Northwestern HealthCare (“NMHC”) y a sus afiliados clínicos para que revelen información a la siguiente persona a la dirección que se indica abajo:

Nombre (Ejemplo: Centro de atención médica, Compañía aseguradora, Abogado, yo mismo)	Número de teléfono	Número de fax
Dirección	Ciudad	Estado
Código postal		

Propósito:

- Tratamiento futuro Uso personal Seguro Abogado/Cliente Otro (especifique _____)

Información médica solicitada:

- Resumen del expediente como paciente hospitalizado Resumen del expediente como paciente ambulatorio Informe del Departamento de Emergencias (ED) Historial y examen físico Informe de la consulta
- Informe operativo Resumen del alta Notas del médico/sobre el progreso Imágenes de diagnóstico
- Informe del diagnóstico por imágenes Informe del laboratorio Expediente de vacunas Cintas/diapositivas

Expedientes para el período (fechas) del _____ al _____. **A menos que se solicite específicamente lo contrario, NMHC solo revelará los últimos diez (10) años de sus expedientes médicos.**

Información adicional (Ejemplo: nombre del médico, prueba/resultado específico)

INDIQUE LAS PREFERENCIAS SOBRE SU EXPEDIENTE:

<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Expedientes por correo postal (coloque la dirección postal en el área designada en la primera página de este formulario)<input type="checkbox"/> Expedientes por fax (coloque el número de fax en el área designada en la primera página de este formulario)<input type="checkbox"/> Retenerlo para recoger en:<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Northwestern Memorial Hospital<input type="checkbox"/> NM Central DuPage Hospital<input type="checkbox"/> NM Delnor Hospital<input type="checkbox"/> NM Lake Forest Hospital<input type="checkbox"/> NM Marian Joy Rehabilitation Hospital<input type="checkbox"/> NM Valley West Hospital<input type="checkbox"/> NM Kishwaukee Hospital	<p>Formato solicitado:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Papel<input type="checkbox"/> Electrónico (CD)
---	--

A menos que esté marcado o indicado abajo, entiendo que la información que se revele podría incluir lo siguiente. Marque y/o indique si NO quiere incluir:

<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Resultados de una prueba o información sobre una prueba de SIDA o VIH<input type="checkbox"/> Tratamiento por abuso de sustancias/alcohol<input type="checkbox"/> Expedientes de una prueba genética y/o asesoramiento genético<input type="checkbox"/> Expedientes de salud mental y discapacidad del desarrollo<input type="checkbox"/> Otro (especifique)	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual (si es menor de edad)<input type="checkbox"/> Agresión/abuso sexual (si es menor de edad)<input type="checkbox"/> Abuso/negligencia infantil (si es menor de edad)<input type="checkbox"/> Embarazo (si es menor de edad)<input type="checkbox"/> Control de natalidad (si es menor de edad)
---	--

Una vez que la organización o persona autorizada para recibir esta información la haya recibido, esa persona u organización puede volver a revelar la información. Si este es el caso, la información podría ya no estar protegida por las leyes federales de privacidad; sin embargo, la ley de Illinois no permite que las personas que reciban la información vuelvan a revelar información sobre SIDA/VIH, pruebas genéticas, salud mental y discapacidades del desarrollo, salvo en situaciones precisas permitidas por la ley. Asimismo, las Leyes federales de confidencialidad, 42 CFR Parte 2, prohíben hacer cualquier revelación adicional sobre información de drogas y alcohol, a menos que dicha revelación adicional de esta información esté expresamente permitida mediante el consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece o según lo permita de otra manera 42 CFR.

Entiendo que si no firmo esta autorización, los afiliados de la clínica de Northwestern Healthcare no pueden negarme la atención médica con base en mi falta de disposición para firmar este formulario; sin embargo los afiliados clínicos de

Northwestern Healthcare podrían negarse a darme la atención médica si se está dando únicamente con el propósito de recopilar información de salud para revelársela a un tercero (por ejemplo, exámenes previos a un empleo).

Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe hacerse por escrito. Cualquier revocación será válida, excepto por la revelación de información que ocurrió antes de revocar esta autorización. Para obtener información sobre cómo revocar esta autorización, comuníquese con el Departamento de Manejo de Información de Salud de Northwestern Healthcare al (312) 926-3376.

Entiendo que tengo derecho a inspeccionar y copiar los expedientes sobre salud mental y discapacidades del desarrollo que se van a revelar.

Si no se revoca, esta autorización es válida por un período de seis (6) meses a partir de la fecha de la firma. Podrían aplicarse las tarifas estándar por copiado de expedientes según 735 ILCS 5/8- 2006. Al firmar abajo, acepto las declaraciones en este formulario de autorización.

Fecha	Nombre/firma del paciente para pacientes mayores de 12 años de edad		
-------	---	--	--

Fecha	Firma de los Padres	Tutor	Representante legal (encierre una opción en un círculo)
-------	---------------------	-------	---

Fecha	Testigo/firma
-------	---------------